

# Children's Dental Associates, P.C.

## Acuse de Notification de Prácticas de Privacidad

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Children's Dental Associates. Yo autorizo, como lo indica mi firma a continuación, Children's Dental Associates, a usar y divulgar mi información de salud protegida para cualquier propósito clínico, financiero y de seguro necesario, según lo autorizado en el formulario de consentimiento del paciente. Mi firma también servirá como documento de divulgación de información de salud pública en caso de que solicite tratamiento o se envíen radiografías a otros médicos/centros médicos en el futuro.

Imprima el Nombre (Padre o Tutor Legal)

Firma

Relación con el Paciente

Fecha

**Por favor marque cualquiera de sus medios preferidos de comunicación: Marque todo lo que corresponda.**

- Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  Teléfono móvil \_\_\_\_\_
- Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Por favor indique todas las personas autorizadas con quienes podemos compartir información de salud protegida.**

1. \_\_\_\_\_
- | Nombre  | Relación con el paciente  | Teléfono |
|---|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Autorizado para hacer decisiones en mi nombre                    | <input type="checkbox"/> Autorizado para acompañar a niño/niños a citas solamente |          |
| <input type="checkbox"/> Autorizado para firmar el consentimiento para los procedimientos | <input type="checkbox"/> Autorizado a tomar decisiones solo para emergencias      |          |
2. \_\_\_\_\_
- | Nombre  | Relación con el paciente  | Teléfono |
|---|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Autorizado para hacer decisiones en mi nombre                    | <input type="checkbox"/> Autorizado para acompañar a niño/niños a citas solamente |          |
| <input type="checkbox"/> Autorizado para firmar el consentimiento para los procedimientos | <input type="checkbox"/> Autorizado a tomar decisiones solo para emergencias      |          |
3. \_\_\_\_\_
- | Nombre  | Relación con el paciente  | Teléfono |
|---|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Autorizado para hacer decisiones en mi nombre                    | <input type="checkbox"/> Autorizado para acompañar a niño/niños a citas solamente |          |
| <input type="checkbox"/> Autorizado para firmar el consentimiento para los procedimientos | <input type="checkbox"/> Autorizado a tomar decisiones solo para emergencias      |          |

Si el padre/tutor legal desea hacer cambios a esta lista, se debe completar un nuevo formulario. Este documento no vence hasta

Sólo para uso de oficina. Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque

- Individuo se negó a firmar  Barreras de comunicación prohibieron obtener  Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otra \_\_\_\_\_ Iniciales del personal \_\_\_\_\_